CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

N° 60

TRAITEMENT MÉDICAL

DE L'ECLAMPSIE PUERPÉRALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 15 Mai 1909

ACAD.
LUCD.RAT.
BIBL.

PAR

Moussa Kassem Chérif ben Salah

Né à Bône (Algérie), le 23 octobre 1883

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse, 14

1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✲)..... DOYEN.
SARDA..... ASSESSEUR.

Professeurs

Clinique médicale.....	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (✲).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✲).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (✲).
Chimie médicale.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales.....	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées..	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	VIRES, agrégé.
Pathologie externe.....	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique.....	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements.....	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. SOUBEYRAN.	MM. LEENHARDT.
VIRES.	GUERIN.	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIERE.	RICHE.
JEANBRAU.	GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN.

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la thèse :

MM. VALLOIS, *président.*	MM. GUÉRIN, *agrégé.*
DE ROUVILLE, *professeur.*	GAUSSEL, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE CHÉRIE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE CHÉRIE DE MON FRÈRE

A MA MÈRE

Je dédie ce modeste travail, gage de filial respect.

A MON FRÈRE MHAMED

A MES NIÈCES CHÉRIES

MOUSSA.

AU DOCTEUR BENTAMI

L'ami sûr et dévoué dont l'affection ne s'est jamais démentie.

MOUSSA.

A LA FRANCE

Ma Patrie adoptive.

A MONSIEUR JEANMAIRE

RECTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

Qui fit tant pour la diffusion de l'instruction chez les Indigènes de l'Algérie.

Modeste hommage de notre éternelle reconnaissance.

MOUSSA.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROUVIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ALGER

A MONSIEUR LE DOCTEUR VALLOIS

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

Qui nous fit le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

MOUSSA.

Parvenu au terme de nos courtes années d'études médicales et en inscrivant suivant l'usage dans notre thèse inaugurale les noms de ceux dont les encouragements ne nous firent jamais défaut, nous obéissons bien moins aux traditions de convenance qu'à nos sentiments de bien sincère reconnaissance.

Qu'il nous soit donc permis ici d'exprimer publiquement notre hommage de gratitude à ceux auxquels nous sommes redevable du peu que nous sommes, aux Maîtres qui nous ont nourri de leurs conseils éclairés, inspiré par l'exemple, l'amour et le respect de la carrière que nous avons embrassée, à tous ceux enfin auxquels nous devons la meilleure et la plus large partie de notre instruction professionnelle. Les principes qui guideront notre vie et notre conduite future seront, nous l'espérons du moins, le reflet de l'enseignement reçu.

C'est à l'amabilité de M. le professeur Rouvier que nous devons l'idée de notre travail ; nous sommes heureux de l'occasion qui nous est offerte pour le remercier de ce qu'il fut pour nous pendant le semestre passé auprès de lui, à la Maternité.

MM. les professeurs Cange, Brault, Crespin, MM. les docteurs Denis, Benhamou furent nos chefs de service. Nous les assurons ici de toute notre gratitude.

Quant à nos amis, nous n'aurions garde de les oublier. Nous nous souviendrons toujours des relations quasi fraternelles qui nous liaient au docteur Bentami. Il fut pour nous un conseiller et un soutien. Que MM. Moktar avocat, Kahoul, Guendouz, Oulid Aïssa soient assurés de amitié.

Nous avons, durant ces deux derniers mois, mené une vie trop fièvreuse, trop pénible même pour oublier la vive amitié qui nous lie aux docteurs Lelouch et Simian Abdelkader.

Notre travail comportera les divisions suivantes :

CHAPITRE I. — Notions étiologiques et pathogéniques de l'éclampsie puerpérale.

CHAPITRE II. — Classification des moyens thérapeutiques. (Nous ne ferons que mentionner les traitements obstétrical et chirurgical.)

CHAPITRE III. — Traitement préventif.

CHAPITRE IV. — Traitement curatif.

CHAPITRE V. — Médication diurétique. Sérothérapie artificielle.

CONCLUSIONS.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT MÉDICAL

DE L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE

CHAPITRE PREMIER

Étiologie et Pathogénie

L'éclampsie, considérée par quelques accoucheurs comme un symptôme de l'auto-intoxication, par d'autres comme une affection morbide distincte, n'est à l'heure actuelle, malgré le nombre de travaux auxquels elle a donné naissance, qu'une énigme quant à sa nature et à sa cause. L'histoire de sa thérapeutique est très séduisante ; elle a suivi pas à pas celle de la pathogénie, et pour étudier avec fruit cette thérapeutique il est nécessaire de jeter un coup d'œil rétrospectif sur les

conceptions étiologiques et pathogéniques de cette redoutable affection.

L'éclampsie puerpérale fut d'abord confondue avec les autres états convulsifs, hystériques, tétaniques, choréiques, etc... qu'on peut observer chez les femmes dans le cours de la grossesse ou pendant l'accouchement. Son traitement se confondit avec celui de ces maladies convulsivantes. Ce fut Sauvages qui, dans sa nosologie, décrivit comme espèce spéciale, l'eclampsia parturientium.

Les auteurs du XVII[e] siècle, entre autres Mauriceau, reconnurent et décrivirent trois causes à l'éclampsie : tantôt la congestion cérébrale, tantôt l'anémie, tantôt enfin une simple excitation nerveuse ; l'éclampsie, dans ce dernier cas, ne serait autre qu'une névrose d'origine réflexe à point de départ utérin. Ces idées pathogéniques variées durent conduire naturellement à des thérapeutiques différentes. Les partisans de la congestion placèrent la saignée au pinacle du traitement, ceux de la névrose furent pour l'évacuation de l'utérus, afin d'éviter les réflexes, enfin les partisans de l'anémie pour l'administration des toniques.

En 1818, Blackall et Wells indiquèrent les rapports de l'albuminurie avec la grossesse, mais ce ne fut qu'en 1849 que Lever et Simpson révélèrent ce fait capital de la coïncidence presque constante de l'albuminurie avec l'éclampsie. Les nombreux travaux publiés depuis, et en particulier la thèse de Blot (1849), ne firent que confirmer la presque constance de ce rapport.

Dès lors, on attribua à la rétention des matériaux de l'urine dans le sang la cause de l'éclampsie ; mais la division se fit parmi les accoucheurs, dès qu'il fut nécessaire de déterminer le ou les éléments retenus. Wilson incrimine l'urée et fait de l'éclampsie une urémie. Frerichs et

Treitz croient à l'ammoniémie et considèrent comme coupable le carbonate d'ammoniaque. Pour Schöttin il s'agit de créatinémie (rétention de créatine) ; pour Thudicum, d'urochronémie (rétention de l'urochrone) ; pour B. Jones, d'oxalémie (transformation de l'urée retenue en acide oxalique); pour Despire, de potassiémie (rétention des sels de potasse). Dans la théorie de l'urinémie (Peter, Gubler, Schöttin), on attribua à la rétention de tous les éléments de l'urine la cause de l'éclampsie : « Cette dernière théorie, écrit Chalvet en 1867, aura toujours sur les précédentes l'avantage de reposer sur un fait incontestable. L'excès des matières extractives dans le sang, dont parle Schöttin, est un fait constant, non seulement dans l'albuminurie, mais dans toutes les maladies qui retentissent sur l'organisme entier, tandis que l'accumulation de l'urée dans cette humeur chez les urémiques est au plus une exception, fort rare, puisque dans une dizaine d'analyses j'ai constamment trouvé l'urée diminuée dans le sang et dans les urines. Les trois observations de Parkers, de Schöttin et de Mosler, dans lesquelles l'encéphalopathie urémique coïncidait avec un excès d'urée dans les urines, ne peuvent être interprétées que par une complication ou par une augmentation proportionnelle des matières extractives, ce qui n'est pas indiqué. »

La théorie rénale, quelque grande que soit la part de vérité qu'elle offre, ne nous indique pas pourquoi dans certains cas l'albuminurie manque ; le rein serait alors normal. Dans l'éclampsie, il est un organe qui est toujours malade, c'est le foie. C'est pourquoi le professeur Pinard voudrait qu'au terme d'éclampsie on substituât celui d'hépato-toxhémie. Le rein ne devient malade que consécutivement au foie.

De nombreuses preuves d'ordre clinique, expérimentale et anatomo-pathologique ont été apportées à l'appui de cette opinion.

Les preuves cliniques sont tirées de l'existence fréquente des cas d'éclampsie sans albuminurie ni mal de Bright constatés à l'autopsie ; de la ressemblance que présentent au contraire les accidents éclamptiques avec les accidents nerveux de l'ictère grave, de la fréquence de l'ictère post-éclamptique, etc.

Comme preuves expérimentales on peut invoquer l'état de perméabilité rénale chez les éclamptiques, la toxicité exagérée du sérum sanguin et l'hypotoxicité des urines au cours de l'éclampsie et dans la période prééclamptique, ainsi que la diminution de l'urée constatée par Masséï, Ludwig et Savor.

L'anatomo-pathologie a démontré l'existence constante d'altérations nécrobiotiques du foie. Cette nécrobiose des cellules hépatiques est constante, tandis que les lésions rénales ne le sont pas ; le rein offre les lésions les plus diverses, depuis celles des néphrites jusqu'à un processus de dégénérescence analogue à celui du foie, mais il peut aussi être absolument sain.

Or le foie joue un rôle majeur dans les intoxications, qu'elles soient d'origine extrinsèque ou qu'elles proviennent des déchets de la vie cellulaire ou des fermentations intestinales.

C'est sur le défaut du fonctionnement du foie qui ne transforme plus les poisons, sur la rétention des matières extractives du sang, sur l'intoxication de l'organisme par les produits de désassimilation qu'est basée l'origine de l'éclampsie d'après la conception du professeur Bouchard. Cette auto-intoxication se manifesterait par une augmen-

tation de la toxicité du sérum sanguin, et par une diminution en raison directe de la toxicité urinaire.

Cette conclusion fut confirmée par MM. Tarnier et Chambrelent le 27 février 1892 dans une communication qu'ils firent à la Société de Biologie. Poussant plus loin leurs investigations, ils démontrèrent que la toxicité du sang était deux ou trois fois plus grande chez les éclamptiques que chez les femmes normales, et qu'elle semblait croître avec la gravité de l'éclampsie.

La théorie de l'auto-intoxication étant ainsi posée et admise, il reste à connaître la matière et l'origine du poison.

Blanc, Pilliet, Scarbini font de l'éclampsie une affection microbienne ; mais les microbes trouvés sont très différents et ont été déterminés dans des conditions très diverses, qui ne sont nullement comparables, et l'on peut dire que la démonstration de l'action des agents microbiens est encore à faire.

En somme, la question reste pendante ; il est à souhaiter que de nouvelles recherches contribuent à nous fixer sur la nature de la toxhémie. A ce sujet M. Bonnaire a dit : « La notion pathogénique précise d'une maladie est indispensable pour établir un traitement rationnel. A ce point de vue, la démonstration étayée sur les recherches de M. Bouchard a fourni un précieux appoint pour la thérapeutique de l'éclampsie ; non pas en ce qu'elle a été le point de départ de la mise en œuvre d'éléments de traitements nouveaux (sauf en ce qui regarde l'instauration de l'antisepsie intestinale), mais en ce qu'elle a permis de faire une sélection raisonnée parmi les méthodes curatives anciennes dont certaines, quoique assurément efficaces, n'étaient qu'empiriques ou ne reposaient que sur des données étiologiques fausses.

Malheureusement si la nature toxhémique de l'éclampsie est aujourd'hui incontestable, l'origine essentielle n'en est pas encore élucidée. L'hypertoxicité du sérum des éclamptiques tient-elle à une fabrication excessive de poisons aux dépens des humeurs et tissus de l'économie? Tient-elle à un défaut de destruction ou d'élimination par le foie et le rein en particulier des toxines élaborées en quantité normale par l'organisme? Tient-elle à une résorption de poisons d'origine alimentaire et produite par un fonctionnement vicieux de l'appareil digestif? Autant de points qui demeurent obscurs et que l'anatomie pathologique et la clinique ne parviennent à éclairer. En outre, s'il est de règle presque absolue de constater l'existence d'une albuminurie intense et quelquefois celle de l'ictère; s'il est commun de rencontrer, au cours des autopsies, des lésions des reins et du foie, on peut se demander si ces troubles fonctionnels et ces désordres anatomiques sont la cause de la toxhémie ou si elles n'en sont que la conséquence. Il ne nous semble pas déraisonnable d'admettre que les deux hypothèses peuvent également trouver leur justification suivant les cas. De ce que d'une éclamptique à une autre on constate la prédominance des troubles fonctionnels et des lésions, tantôt du côté du rein, tantôt du côté du foie, ou qu'on ne rencontre aucune altération anatomique localisée, on est en droit de déduire que les origines de la toxhémie gravidique éclamptique sont multiples.

De ce qui précède il ressort clairement que l'éclampsie, tout en restant une, pourrait avoir des sources diverses : elle serait soit d'origine hépatique ou rénale, soit d'origine intestinale ou gastrique, peut-être même d'origine cutanée ou thyroïdienne. La possibilité de ces différentes origines expliquerait comment dans quelques cas l'albu-

minurie manque. Ajoutons cependant que ces cas constituent l'infime minorité ; le symptôme albumine reste un signe précieux et unique pour le diagnostic et le pronostic de l'éclampsie.

La théorie de la toxhémie gravidique a eu sa répercussion en Allemagne et y a trouvé des partisans et des détracteurs. Ceux-ci n'admettent pas que l'intoxication ait sa source dans le mauvais fonctionnement des organes maternels ; pour eux, la toxhémie gravidique est d'origine fœtale. L'éclampsie, de la sorte, serait un empoisonnement plus ou moins grave provoqué chez la mère par le passage dans son sang de matières toxiques, c'est-à-dire de matières régressives. Les conclusions de Früth et Kronig sont les suivantes :

1° L'étude de la pression osmotique du sang maternel et du sang fœtal établit la possibilité du passage, dans le sang maternel, des produits toxiques provenant du fœtus.

2° Le mélange de ces produits toxiques au sang maternel n'est indiqué ni par une élévation de sa tension osmotique, ni par une élévation de son poids spécifique.

3° L'élévation de la tension sanguine chez les éclamptiques pendant l'accouchement et les suites de couches, ne peut s'expliquer, ni par une augmentation de la masse totale du sang, ni par un spasme des vaso-constricteurs, ni par une viscosité exagérée du sang.

En présence de ces nombreuses théories, il est malaisé de conclure dans le sens de l'une ou de l'autre. La théorie de l'auto-intoxication satisfait pleinement l'esprit, et nous pouvons de là tirer la définition suivante : « L'éclampsie est une auto-intoxication gravidique, liée à une dépuration insuffisante du sang par les organes éliminateurs et surtout par le foie et le rein malades. »

CHAPITRE II

Classification des moyens thérapeutiques

Nous ne faisons qu'énumérer dans ce court paragraphes les moyens thérapeutiques qui ont été employés et dont la plupart le sont encore aujourd'hui contre l'éclampsie. Nous les étudierons suivant les indications.

Pour combattre les convulsions, on a recours : 1° Aux calmants (bromure de potassium, opium et ses dérivés, laudanum et morphine ; 2° Aux anesthésiques (éther, chloroforme, chloral).

A l'hypertension on a opposé la saignée, le vératrum viride.

Quant à l'auto-intoxication, on a eu recours pour la combattre :

1° Aux révulsifs (sinapismes, vésicatoires, ventouses sèches) ;

2° Aux diaphorétiques (valériane, assa fœtida, musc, pilocarpine, étuve) ;

3° *Aux purgatifs* (jalap, calomel, séné, sulfate de soude, huile de croton) ;

4° A l'entéroclyse et au lavage de l'estomac ;

5° Aux vomitifs (émétique, ipécacuanha) :

6° Aux diurétiques (nitrate de potasse, digitale, ergot de seigle, calomel, certaines eaux minérales, lait) ;

7° A l'oxygène ;

8° A la saignée.

Les accoucheurs, qui font de l'éclampsie une névrose d'origine réflexe à point de départ utérin, pratiquent l'évacuation de l'utérus. C'est le traitement obstétrical (rupture prématurée artificielle des membranes, accouchement provoqué, accouchement activé, accouchement forcé, opération césarienne avant et après la mort).

D'autres accoucheurs ont recours au traitement chirurgical (décortication du rein, néphrotomie).

CHAPITRE III

Traitement préventif

L'albuminurie des femmes enceintes, nous l'avons déjà dit, doit être considérée comme la condition *sine quâ non* des attaques éclamptiques ; elle peut en effet manquer, mais ce n'est qu'une exception à une règle générale. Il est aussi un autre élément de diagnostic qui permet de dépister de bonne heure et l'albuminurie et l'éclampsie et sur lequel l'attention n'est pas encore suffisamment attirée, c'est la *tension artérielle*. Nous pouvons même dire que toute femme qui, au cours de la grossesse, pendant et après l'accouchement, présente de l'hypertension, est menacée d'éclampsie, que les urines soient albumineuses ou non.

Pour bien montrer le rôle et l'importance que peut avoir la tension artificielle pour le diagnostic précoce de l'éclampsie ainsi que pour le pronostic, nous allons étudier, une fois pour toutes, les modifications qu'elle subit

au cours de la prossesse, l'accouchement, les suites de couches physiologiques et pathologiques.

Nous considérons comme normale chez la femme la tension artérielle qui oscille entre 15 et 16 c. de mercure. MM. Quérel et Raynaud, qui ont étudié de très près la question, basent leurs résultats sur 68 observations toujours faites dans les mêmes conditions. Les conclusions auxquelles ils sont arrivés sont les suivantes :

1° *Pendant la grossesse.* — Jusqu'au 8e mois pas de modifications sensibles ; après tendance à l'hypotension plus ou moins marquée à la fin de la gestation.

2° *Pendant le travail.* — Hypertension progressive, maximum à l'expulsion fœtale, suivie d'hypotension brusque et passagère, offrant son minimum à la sortie du placenta.

3° *Suites de couches physiologiques.* — La courbe remonte après rapidement au-dessus de la normale, s'y maintient 4 à 5 jours pour reprendre sa hauteur physiologique.

4° *Suite de couches pathologiques.* — Hypotension dans l'hydramnios, la grippe, la pneumonie, l'imminence hémorragique et l'avortement ; hypertension dans l'albuminurie et l'éclampsie.

Connaissant les différentes modalités de la pression artérielle, il est facile à l'accoucheur de se mettre en garde contre toute attaque imprévue d'éclampsie. Le professeur Pinard n'a-t-il pas dit qu'en mettant le doigt sur l'artère radiale il a pu faire par ce seul moyen d'exa-

men le diagnostic de l'albuminurie pendant la grossesse, et cela par l'hypertension ? Nous pouvons, de notre côté, dire que la constatation de l'hypertension doit faire craindre le retour des accès chez une éclamptique qui a eu déjà des crises.

Il nous est dès lors aisé, ayant en mains deux signes précieux qui se complètent l'un l'autre, de poser une règle générale, celle qui est suivie à la clinique obstétricale d'Alger.

Toute femme enceinte, sans même présenter de symptômes objectifs d'albuminurie, est soumise à une analyse rigoureuse des urines. Dès que la moindre trace d'albumine est décélée, on institue d'emblée le traitement prophylactique qui consiste dans l'administration exclusive du lait.

RÉGIME LACTÉ

Comme le dit Jaccoud, « le lait réunit d'importantes propriétés : c'est un aliment, un agent d'élimination (surtout par sa puissance diurétique), et enfin un sédatif du système nerveux. »

C'est donc surtout par sa puissance diurétique que le lait est employé chez les femmes en imminence d'éclampsie. Comment détermine-t-il cette diurèse ? Cette dernière paraît tenir à la fois à l'action de sa lactose et de son eau de constitution ; les urines sont plus abondantes que la quantité de liquide ingéré ; elles contiennent en proportions normales la plupart des éléments essentiels qu'on y rencontre habituellement ; aussi, lorsque leur sécrétion s'accroît jusqu'à près de 3 litres, cette action prolongée

provoque une dénutrition contre laquelle on doit toujours se mettre en garde, et qu'on recherche au contraire dans « les cas où cette déperdition répond à l'indication d'activer l'élimination de ces éléments et en particulier de l'azote » (Rondot).

Ces quelques lignes suffisent à montrer l'importance du lait comme diurétique ; ajoutons cependant qu'il est assez rare, sauf au moment des crises, de voir la quantité d'urine dépasser celle de lait, et que cette différence ne se maintient jamais très longtemps. En augmentant la sécrétion urinaire, le lait élimine une quantité considérable de toxines et combat à merveille les auto-intoxications d'origine intestinale ou autre. Mais, en outre, il introduit dans le tube digestif moins de substances toxiques que tout autre aliment, « il possède une force retardatrice sur la putréfaction des albuminoïdes et la formation des produits de décomposition dans l'intestin ». Il est donc directement antitoxique.

En résumé, le lait est un diurétique puissant ; il est à la fois un aliment sain, un antitoxique énergique et un léger sédatif du système nerveux ; on voit combien, par ces qualités, il est merveilleusement approprié au traitement prophylactique de l'éclampsie.

Il faut instituer d'emblée le régime lacté absolu, même chez les femmes qui présentent une idiosyncrasie marquée pour le lait.

Chez d'autres, le lait est en général bien supporté, mais son usage exclusif finit par causer une répugnance invincible qui oblige à en cesser l'emploi. On fera bien dans ces conditions d'ajouter quelques correctifs, soit pour masquer le goût, soit pour faciliter la digestion (sucre, eaux alcalines naturelles).

Il faut surtout veiller à ce que ce régime soit ponctuel-

lement appliqué et suivi, la moindre infraction pourrait engendrer des troubles graves et éveiller les crises éclampsiques.

Pendant toute la durée du régime et surtout après, il est nécessaire de faire chaque jour l'analyse des urines. La disparition de l'albumine et l'étude de la tension artérielle (retour à la normale) augureront en général pour la malade une période de tranquillité ; le médecin ne craindra plus les accidents éclamptiques, et, se basant sur sur ces deux signes, il pourra ordonner le retour au régime ordinaire, mais avec beaucoup de ménagement (surtout pour les aliments azotés), le lait continuant à être la base de l'alimentation.

Le seul et sérieux inconvénient que présente le lait est la constipation opiniâtre à laquelle il donne naissance. On la combattra par des moyens doux (lavements huileux).

Le régime lacté, tel que nous venons de le préconiser, suffit-il dans tous les cas à conjurer l'éclampsie ? Disons tout de suite que l'aphorisme de Tarnier : « Pas d'éclampsie à craindre après huit jours de régime lacté », est assez souvent en défaut.

Que la femme soit profondément intoxiquée, ou qu'elle soit depuis peu de temps au lait, dans ces conditions, quoi qu'on fasse, on n'évitera pas l'éclosion des crises d'éclampsie. Le régime lacté devient insuffisant, il faut avoir recours à un traitement plus énergique : c'est le traitement curatif.

En général, lorsqu'une femme est en imminence d'éclampsie, le médecin en est souvent averti par l'apparition de prodromes très caractéristiques, mais inconstants : céphalée, myosis, mouches volantes, névralgies, bourdonnements d'oreilles, vomissements, etc.

En présence de ces signes précurseurs, révélant l'intoxication du système nerveux, la situation devient très menaçante et réclame une thérapeutique énergique. La grave toxhémie qui se révèle demande une active médication antitoxique.

CHAPITRE IV

Traitement curatif

Ce traitement, qui constitue la partie essentielle de notre thèse et qui est employé à la Maternité d'Alger, comprend deux parties : la première est dirigée contre les symptômes de l'éclampsie, c'est le traitement de grand'-urgence ; la deuxième comprend le traitement pathogénique.

TRAITEMENT DE GRAND'URGENCE

Ce traitement, que nous pouvons désigner sous le nom de traitement symptomatique, dirige surtout ses effets contre les symptômes objetifs de l'éclampsie : c'est-à-dire contre les convulsions et l'hypertension artérielle ; aux premières nous opposons les anesthésiques, à la deuxième, la saignée.

Hypertension artérielle. — A quoi est due l'hypertension artérielle? Cette dernière est provoquée par un resserrement, une vaso-constriction des vaisseaux amenée par la présence de toxines dans le sang. Ce resserrement, ces contractions provoquent une anémie cérébrale qui conduit à la perte de connaissance et aux convulsions (H. Wiener, thèse inaugurale, Leipzig, 1904).

Saignée. — Pour éviter ces accidents, nous avons recours à la saignée. Cette dernière doit être à la fois déplétive et dépurative; déplétive, elle a pour but et pour effet de diminuer la masse du sang; dépurative, elle soustrait à l'organisme une quantité appréciable de poisons ou de toxines que la circulation charrie à travers les organes. Elle combat donc merveilleusement et l'hypertension et l'intoxication.

Les conséquences d'une saignée modérée sont des plus favorables. Immédiatement après, on remarque que la pression artérielle s'abaisse et descend dès le début d'une façon progressive, mais non régulière. D'abord peu prononcé, l'abaissement devient bientôt assez rapide, puis redevient insensible à la fin. La pression se maintient à un niveau inférieur à celui qu'elle avait avant la saignée. Celle-ci fait cesser assez souvent et comme par enchantement les convulsions ou le délire, fait succéder au coma avec stertor un sommeil paisible avec respiration calme et régulière, fait tomber la température de un ou deux degrés; toutes conditions susceptibles de ramener un calme momentané et un repos salutaire.

La saignée combat également l'intoxication; comment agit-elle en pareille circonstance? Uniquement en sous-

trayant à la malade une quantité déterminée de substances toxiques qui l'empoisonnent et que le rein ne laisse plus filtrer. Le problème est alors théoriquement assez simple : le poison est dans le sang et ne peut plus sortir, l'urine fait défaut, les évacuations intestinales et la sueur sont des émonctoires lents et insuffisants. Le plus court est alors de tirer du sang, puisqu'en le faisant on tire aussi le poison. Le professeur Bouchard n'a-t-il pas en effet démontré qu'une saignée de 33 grammes contient 0 gr. 50 de toxines, soit 1/16 de la totalité de ces toxines pour l'urine d'une journée entière, et que cette modeste perte de sang équivaut comme dépuration à 280 grammes de liquide diarrhéique et à 100 litres de sueur.

Mais la saignée, quelque bon que soit le résultat obtenu, ne peut produire que des avantages transitoires : « En enlevant une quantité appréciable de sang, dit Porak, on enlève du même coup des toxines dont la soustraction explique les bons résultats qu'on obtient quelquefois ; mais si la source des toxines n'est pas tarie, une nouvelle introduction de ces substances va de nouveau infecter le sang.» La saignée amène donc une amélioration passagère, elle sauve momentanément l'éclamptique, mais ne la guérit pas. Celle-ci reste avec ses lésions hépatiques et rénales ; elle est sous le coup d'une reprise des mêmes accidents, si le médecin, profitant de ce calme, ne met à contribution des moyens énergiques pour ramener la diurèse ; seulement, pour arriver à ce résultat il a gagné du temps ; les remèdes (sérum artificiel, entéroclyse, lavage de l'estomac), dont l'action eût été devancée sans la saignée par la marche de l'auto-intoxication, ont maintenant le délai nécessaire pour exercer leur heureuse

influence. La saignée, qui n'a pas fait la guérison, l'a rendue possible.

Technique. — La saignée doit être pratiquée sur une des veines du pli du coude, la médiane céphalique ou la médiane basilique, de préférence la première, suivant le procédé classique. Il est indispensable d'observer la plus rigoureuse asepsie. Elle doit être modérée, de 300 à 500 grammes. On peut recourir à de nouvelles saignées ; on a pour cela un guide sûr et certain, la pression artérielle, que l'on mesure à l'aide de sphygmomanomètre de Potain. Si elle tendait à dépasser notablement la normale, il faudrait craindre le retour des accidents ou même l'apparition de complications qui sont surtout des hémorragies dont l'hypertension est le principal facteur dans l'éclampsie. Dans ces conditions une nouvelle saignée s'impose.

Le seul inconvénient que l'on objecte à la saignée est de faire tomber la pression sanguine au-dessous de la normale. Cette hypotension artérielle diminue naturellement la sécrétion urinaire et comme telle serait une nouvelle cause d'intoxication. Nous verrons plus tard que cette hypotension est une indication de l'emploi du sérum artificiel.

Convulsions.— Les convulsions étant le résultat d'une excitation violente des circonvolutions cérébrales, nous dirigeons contre elles une médication capable de produire la paralysie de ces mêmes circonvolutions. Nous arrivons à ce but par l'anesthésie, qui consiste dans l'emploi du chloroforme et du chloral.

Cette médication est souveraine en ce qu'elle permet au médecin, à l'abri du calme anesthésique obtenu, de diriger ses efforts contre la cause même de l'éclampsie

et de provoquer cette diurèse qui sauvera la malade; elle se contente d'aplanir devant l'organisme les difficultés de la lutte, et ce en faisant disparaître les convulsions. L'anesthésique endort le système nerveux ; à d'autres agents est laissé le soin de combattre la cause même des convulsions.

Sous l'influence du chloral et du chloroforme, il y a éloignement des accès, diminution dans leur intensité, agitation moindre dans leur intervalle. Ces agents possèdent à un haut point la propriété de diminuer l'activité des muscles striées, d'abaisser la pression sanguine et la température ; toutes conditions favorables, continuant les effets de la saignée. En éloignant les crises et en les conjurant, les anesthésiques évitent aux malades ces terribles secousses qui les épuisent, qui entravent la circulation, qui amènent parfois des hémorragies cérébrales et dont le résultat est si fâcheux. Grâce à cette tranquillité relative, les différentes fonctions de l'économie, notamment la respiration, se font mieux.

Technique. — Comment administrer le chloral et le chloroforme. Nous employons ce dernier par inhalations intermittentes. Au moment précis où apparaissent les premières trémulations des muscles faciaux, indices précurseurs de l'invasion de l'attaque, on sidère en quelque sorte le système nerveux au moyen d'une dose de chloroforme. Au cas où l'accès n'est pas entièrement arrêté dès son début, il est toujours atténué dans sa durée et son intensité.

Il ne faut pas oublier que des doses massives pourraient exercer des effets néfastes sur le foie et les reins, organes malades chez les éclamptiques et peu aptes à éliminer une telle quantité d'anesthésique. Le chloroforme

est un poison pour l'épithélium rénal ; son action, lorsqu'il est donné massivement, pourrait s'ajouter à celle déjà produite par le poison éclamptique. On a noté, en effet, après l'anesthésie chloroformique, une aggravation de l'albuminurie et un abaissement notable du chiffre de l'urée, conditions funestes dans l'éclampsie.

Son rôle important est d'agir très rapidement, son action se fait sentir immédiatement après les premières bouffées ; si cette action est prompte à se montrer, elle est également plus rapide à disparaître, mais elle a donné le temps au chloral de manifester ses heureux effets et de continuer l'anesthésie commencée par le chloroforme. (Le chloral se dédouble en chloroforme et en formiate alcalin, il joint donc à l'action anesthésique une action antiseptique.)

Nous opérons de la façon suivante : Après avoir débarrassé l'intestin de son contenu par un lavage à l'eau bouillie (comme nous le verrons ultérieurement) nous donnons un lavement au chloral que l'on formule ainsi :

Chloral hydraté.....	4	grammes
Lait.....	200	—
Jaune d'œuf.....	N° 1	

Mais pour remédier à l'action lente du chloral, nous faisons respirer à la malade quelques gouttes de chloroforme. On peut donner 12 grammes en 24 heures, on renouvellera le lavement de six en six heures jusqu'à cessation complète des convulsions.

La présence du lait empêche une irritation trop vive de la muqueuse intestinale. Il ne faut pas oublier que l'usage du chloral, à doses élevées, peut déterminer des éruptions cutanées qui révèlent un certain degré d'into-

xication mais qui ne sauraient, en aucune manière, diminuer la valeur pratique du médicament.

ENTÉROCLYSE — LAVAGE DE L'ESTOMAC

Comment nous l'avons vu, la saignée ne constitue par elle-même qu'un traitement palliatif, remédiant passagèrement à l'intoxication, mais ne l'entravant nullement. Les toxines retenues dans le corps feront de nouveau irruption dans le sang et la série des accidents recommencera avec autant d'intensité. Quel est donc ce dépôt permanent des substances toxiques ? C'est le tube digestif (estomac et intestin) ; les toxines s'y trouvent en abondance par suite des troubles fonctionnels de tout le système et de ses dépendances, surtout du foie, toujours malade en pareil cas. Elles sont principalement accumulées dans l'estomac, où les écarts de régime ont favorisé leur production, et dans le rectum, à l'extrémité de l'intestin. La fétidité des fèces des éclamptiques n'est-elle pas une preuve certaine du rôle important que joue l'intestin, lieu de formation de certaines décompositions anormales dans la pathogénie de l'éclampsie ?

Il est donc nécessaire de les évacuer, de les nettoyer afin de combattre l'intoxication. On peut y arriver de deux façons, soit par les purgatifs, soit par les grands lavages de l'estomac et de l'intestin.

A la période aiguë, c'est-à-dire au moment de l'accès, nous n'avons jamais recours aux purgatifs ; leur action est trop lente, quelquefois insuffisante et souvent dangereuse. Ne risque-t-on pas, en effet, de faire passer la purge

dans les voies respiratoires d'une éclamptique en essayant de la lui faire prendre ?

Il reste donc à notre disposition le deuxième moyen plus bénin et plus efficace que le premier.

Lavage de l'estomac.— Ce lavage se fait à l'eau bouillie à l'aide de l'appareil de Faucher. La technique est connue de tout le monde et nous nous dispenserons de la décrire. Immédiatement après le lavage nous avons recours à un artifice condamné par M. Parak et qui consiste dans le gavage avec du lait bouilli. Cette précieuse ressource d'assimilation sert admirablement la diurèse, elle combat l'intoxication et soutient les forces de la malade. Nous n'avons jamais observé le réveil des crises éclamptiques par le seul lavage et le gavage de l'estomac.

Lavage de l'intestin. — Le lavage consiste à faire de grandes irrigations de l'intestin avec de l'eau bouillie ou une solution légèrement alcaline.

Cette méthode, préconisée par Charcot et le professeur Bouchard, a l'immense avantage de permettre la libre circulation de la bile dans l'intestin ; l'action antiseptique de cette dernière permet donc d'y maintenir une atmosphère d'antisepsie.

L'entéroclyse permet également de débarrasser l'intestin, par les selles copieuses qu'elle produit, de ces matières en décomposition qui donnent naissance à des toxines ; elle atténue ainsi les chances de persistance de l'auto-intoxication.

Mais l'entéroclyse n'agit pas seulement mécaniquement en débarrassant l'intestin de son contenu. Par les bons effets qu'on en a obtenus dans les ictères infectieux, elle agit d'une façon certaine sur le foie ; on lui attribue une

action réflexe se manifestant par une augmentation de la sécrétion biliaire ; cette action réflexe se manifesterait probablement aussi sur le rein et favoriserait ainsi la diurèse. On peut aussi dire que l'entéroclyse possède une action dynamique qui ferait contracter les tuniques intestinales ; elle agirait alors comme un purgatif.

MODE D'APPLICATION DE CES TROIS AGENTS THÉRAPEUTIQUES

Doit-on, chaque fois que l'on a affaire à une éclamptique, suivre à la lettre le traitement que nous venons de préconiser ?

Les indications de tel ou tel agent thérapeutique peuvent guider le médecin.

Doit-on toujours avoir recours à la saignée ?

En sa qualité de dépurative, la saignée, alors même que la tension artérielle est normale, peut rendre de très grands services; elle soustrait en effet à l'organisme des toxines qui l'infectent ; mais en sa qualité de déplétive, si l'éclamptique est déjà en hypotension, elle entraverait la diurèse. La principale indication de la saignée est donc l'hypertension artérielle.

L'entéroclyse, étant dirigée intégralement contre l'auto-intoxication, doit être toujours employée, que l'on traite l'éclamptique pendant les prodromes de la maladie ou au cours de ses accès. En maintenant l'intestin libre, elle entraverait la marche des décompositions anormales, et atténuerait ainsi l'auto-intoxication.

La médication anesthésique mérite d'être discutée avec plus d'attention. Il ne faut pas oublier que les lésions

hépatiques et rénales des éclamptiques sont des contre-indications à l'emploi du chloral et surtout du chloroforme. Aussi faut-il les employer avec beaucoup de ménagement et le moins souvent possible ? Il y a lieu de distinguer deux cas :

1° Les accès sont subintrants, ne laissent aucun répit à la malade et par conséquent contribuent à l'épuiser. Dans ces conditions l'anesthésie est indiquée.

2° Les accès sont espacés, l'intervalle les séparant permet d'avoir recours à la médication diurétique qui, à elle seule, peut sauver la malade ; l'anesthésie étant une intoxication peut être laissée de côté et on n'y aura recours que lorsque les convulsions deviendront intolérables.

CHAPITRE V

Médication diurétique

SÉROTHÉRAPIE ARTIFICIELLE

Jusqu'à présent, nous n'avons eu en vue que le traitement symptomatique de la crise. Mais, pour être rationnel, tout traitement doit être pathogénique. L'éclampsie étant une auto-intoxication, il est tout naturel de diriger contre elle une médication antitoxique qui par ses effets doit manifestement sauver la malade.

Par la saignée, on a arraché l'éclamptique à la mort qui la guettait; par les anesthésiques on a atténué et espacé les crises qui la fatiguaient; par l'entéroclyse et le lavage de l'estomac on a débarrassé le corps des toxines qui l'infectaient; il reste maintenant à favoriser et à faciliter l'élimination de ces toxines par les voies naturelles. C'est vers ce but que tendent les efforts de la médicatiou diurétique. Nous employons le sérum artificiel.

Nous avons déjà dit que, par le fait de la saignée ou des saignées auxquelles nous soumettons nos malades, ces dernières se trouvent dans un état d'hypotension spécialement justiciable de la médication par les injections de sérum.

La quantité de sérum injectée constitue, en effet, une masse sanguine au moins égale à la quantité de sang qui a été extraite.

La sérothérapie met en œuvre, pour pallier l'auto-intoxication, toute une série d'opérations physiologiques dont le terme ultime sera l'élimination de toxines que maintes oxydations vont porter à un degré de toxicité moindre, de solubilité plus grande et d'élimination plus facile.

Mais, pour que l'élimination des poisons ait lieu, il faut que l'injection circule, que sa sortie soit favorisée par le fonctionnement à peu près physiologique des émonctoires. Lorsque le filtre rénal est insuffisant et qu'il y a auto-intoxication par rétention dans le sang des déchets de la nutrition, la sérothérapie peut être ou très utile ou très fâcheuse. En 1900, Porak, en publiant diverses statistiques à ce sujet, fait remarquer que l'action diurétique des injections du sérum artificiel n'est pas constante.

Jusqu'à ces dernières années, la question n'avait été envisagée qu'au point de vue des phénomènes mécaniques et dynamiques de la transfusion séreuse, mais on avait oublié un point capital que de récentes études ont mis au premier plan : c'est la présence du chlorure de sodium dans le sérum artificiel. Si l'infection réussit à forcer la barrière rénale, l'éclamptique est sauvée; mais si le filtre rénal reste fermé, si la malade est déjà en état de rétention chlorurée, l'injection ne peut qu'aggraver son cas. On peut voir alors la quantité d'urine émise chaque jour

baisser de plus en plus, le liquide injecté sous la peau ne pas être résorbé, et l'apparition de l'œdème pulmonaire ou cérébral.

Mais ces cas graves et rares étant laissés de côté, étant donné que le rein reste très souvent perméable, l'injection de sérum ne peut être que salutaire dans l'éclampsie. La nouvelle quantité de liquide introduite dans la circulation remédie tout d'abord à l'hypotension ; elle augmente la tension vasculaire et par conséquent la poussée sur les émonctoires et surtout sur le rein, d'où diurèse. Puis elle augmente le fonctionnement des divers appareils, d'où désintoxication d'autant plus effective. De plus, les injections de sérum exercent une influence dynamogénique sur les centres nerveux ; c'est pourquoi les pupilles redeviennent contractiles et la connaissance revient.

On a objecté au sérum artificiel d'altérer les globules du sang et de ne pas remédier à leur insuffisance numérique déterminée par la ou les saignées ou par l'hémorragie de l'accouchement ou de la délivrance. A la première objection on peut dire que le sérum chirurgical représente, d'après les travaux de Hayem, à peu près exactement la teneur du sérum vrai en chlorure de sodium. A la deuxième nous répondrons avec M. le professeur Landouzy « que la transfusion séreuse, par l'activité même qu'elle imprime à la circulation des hématies persistantes et par l'effet de l'hématopoïèse incitée par l'eau salée, permet à la malade de retrouver avec le temps son coefficient globulaire normal. »

Technique. — Nous n'avons jamais recours à l'injection intraveineuse, qui élève beaucoup la pression sanguine et expose souvent aux œdèmes pulmonaires, empor-

tant la parturiente en quelques instants. Nous employons toujours l'injection sous-cutanée. Le sérum auquel nous donnons la préférence est le sérum dit chirurgical, dont la composition est la suivante :

Chlorure de sodium.....	7 gr. 50
Eau distillée bouillie.....	1.000 gr.

Les lieux d'élection de ces injections sont : la fesse, la face antéro-externe de la cuisse, le pourtour du grand trochanter, les flancs, la région dorso-lombaire. Il va sans dire que la région choisie doit être aseptisée avec le plus grand soin.

L'appareil de Potain, dont on se sert communément, se compose d'un flacon avec un bouchon en caoutchouc à 2 tubulures ; dans un des trous du bouchon s'engage un tube en verre coudé à angle droit ou obtus, dont l'extrémité inférieure dépasse légèrement le bouchon, de manière à être toujours située au-dessus du liquide, et dont l'extrémité extérieure est reliée à une poire. L'autre trou du bouchon est armé d'un tube dont l'extrémité inférieure plonge jusqu'au fond du flacon et dont l'autre extrémité se relie avec l'aiguille par l'intermédiaire d'un tube en caoutchouc.

La pression de l'air injecté dans le flacon par la soufflerie chasse le liquide dans le tube communiquant avec l'aiguille et assure sa pénétration dans les tissus. Quelques pressions de temps à autre sur la soufflerie seront suffisantes.

Le tout sera stérilisé à l'autoclave ou par l'ébullition. L'aiguille sera introduite obliquement à 3 ou 4 centimètres sous la peau. Pour faciliter la résorption du liquide

injecté, on pratiquera un léger massage sur la boule d'œdème qui se forme au moment de l'injection.

Il arrive parfois, dans les cas graves, que cette boule d'œdème ne disparaît pas. Ce signe est toujours de mauvais augure et constitue, d'après M. Lejars, une indication pressante de l'injection intra-veineuse.

OBSERVATIONS

Observation I

T... M... est une quintigeste de 43 ans qui n'a aucune hérédité nerveuse ni éclamptique ; pas d'antécédents pathologiques.

Mariée à 23 ans, elle a eu deux enfants de cette première union (grossesses et accouchements normaux).

A 41 ans, T... a fait une fausse couche de 2-3 mois. Elle n'a jamais eu, à ce moment, de troubles gastro-intestinaux, ni d'œdème des membres inférieurs.

Enceinte pour la cinquième fois, en 1906 (dernières règles du 23 au 26 mars), elle a éprouvé, dès le septième mois, des symptômes d'insuffisance hépato-gastro-intestinale, qui ont persisté jusqu'au terme de la grossesse.

Diarrhée (selles décolorées) ; douleur spontanée au creux épigastrique ; sialorrhée continue ; vomissements pénibles à trois reprises différentes. A noter également un peu d'œdème au niveau des membres inférieurs.

T... n'était pas à terme lorsqu'elle a ressenti les pre-

mières douleurs de l'enfantement, à minuit, du 11 au 12 décembre 1906. A 2 heures du matin, elle a accouché chez elle, à la campagne, d'un enfant du sexe masculin.

Brusquement, huit heures après la délivrance, la malade est prise de convulsions subintrantes. Les urines contiennent de l'albumine comme le constate un praticien appelé d'urgence.

L'état de l'accouchée paraissant s'aggraver pendant les heures qui suivent, son transfert à l'hôpital est décidé.

A son arrivée à la Maternité, 12 décembre 1906, à 8 heures du soir (n° 469), T... est dans le coma. La face est cyanosée, vultueuse; le pouls vibrant, rapide; la température à 38°6.

L'interne de garde assiste à deux crises, pratique une saignée de 100 à 150 grammes, puis une injection de 300 cc. de sérum artificiel physiologique. Un lavement au chloral (6 grammes) est rejeté en partie.

De 10 à 11 heures du soir, la malade a encore trois crises intenses pendant lesquelles elle est soumise à des inhalations de chloroforme. De minuit à 5 heures du matin, accalmie sensible, mais le coma persiste.

M. le professeur Rouvier voit la malade à 10 heures du matin. Elle n'a pas repris connaissance.

Pouls vibrant, rapide, battant à 130; température: 37°1; tension artérielle au sphygmomanomètre de Potain : 20.

En présence de cet état général franchement mauvais, M. le professeur Rouvier formule les prescriptions suivantes :

1° Lavages d'estomac avec l'appareil de Faucher, matin et soir; puis gavage avec 1 litre 1/2 de lait bouilli chaque fois;

2° Grandes irrigations intestinales d'eau bouillie, trois fois par jour ;

3° Injection de 150 cc. de sérum artificiel physiologique ;

4° Dans les cas d'hypertension artérielle, saignée d'au moins 250 grammes.

(La tension artérielle a constamment été prise par le même opérateur, le docteur A. Cabanes, de façon à éviter toute erreur d'interprétation.)

Au milieu de la journée, après exécution de ces prescriptions, la malade n'a pas repris connaissance, est agitée, délire. Mais elle a abondamment uriné sous elle.

Pouls : 120 ; température : 37°1 ; tension artérielle : 18.

A 5 heures de l'après-midi, la malade est moins agitée ; il semble que, par moments, elle ait sa connaissance.

Pouls : 130 ; température : 37°2 ; tension artérielle : 19.

Pas de saignée ; pas de nouvelles injections de sérum.

14 décembre 2 h. du matin. — La malade a demandé à boire à l'infirmière chargée de la surveiller. Depuis ce moment elle n'a plus eu de délire.

7 heures du matin. — T... recouvre lentement sa lucidité, répond aux questions qu'on lui pose, refuse un nouveau lavage d'estomac. Elle accuse une céphalée intense, en casque.

Pouls : 105 ; température : 36°3 ; tension artérielle : 17.

Les urines contiennent 85 cg. d'albumine.

Etat général, somme toute, satisfaisant.

Traitement pour la journée du 14 : régime lacté absolu ; trois irrigations intestinales d'eau bouillie dans la journée.

6 heures du soir. — Le mieux persiste. Pouls : 100 ; température : 36°8 ; tension artérielle : 17.

15 décembre 7 heures du matin. — La malade ne res-

sent plus cette céphalalgie intense dont elle se plaignait la veille.

Pouls : 101 ; température : 36°7 ; tension : 17.

Les urines contiennent 30 cg. d'albumine.

Même traitement que la veille.

16, 17, 18, 19 décembre. — L'amélioration va en s'accentuant. La malade est toujours au régime lacté.

20 décembre. — La malade tousse un peu. Nous constatons un peu de congestion des deux poumons, en arrière et aux deux bases ; ventouses sèches matin et soir.

21 décembre. — Congestion pulmonaire sensible aux bases. Les urines ne contiennent plus que des traces d'albumine.

22 décembre. — Etat général excellent. Rien à noter du côté des poumons.

24 décembre. — La malade ne veut plus rester à l'hôpital. On lui accorde l'exéat. Son état général est toujours très bon.

Les urines ne contiennent plus d'albumine.

Observation II

O... (Claire), âgée de 25 ans, entre au pavillon de travail de la Maternité (n° 519) au terme d'une première grossesse.

Dans ses antécédents héréditaires, rien de saillant à signaler, pas plus que dans ses antécédents personnels. Réglée à 15 ans, et toujours d'une façon régulière.

Mariée à 25 ans, elle a eu ses dernières règles du

1er au 5 mai 1906. Elle a ressenti les premiers mouvements actifs dans la première quinzaine d'octobre.

La grossesse a évolué sans accidents jusqu'au 14 février. La malade a été prise, chez elle, dans la nuit, de vomissements et de céphalalgie violente. Le 15 février, à 5 heures du soir, elle a eu une crise d'éclampsie. Convulsions toniques et cloniques. Un médecin, appelé, a administré un lavement avec 4 grammes de chloral et fait diriger la malade sur l'hôpital.

A son entrée, le 15 février à 8 heures 1/2 du soir, au pavillon de travail, la malade est dans le coma, interrompu par intervalles par des mouvements désordonnés et des paroles incohérentes.

A 10 heures du soir, nouvelle crise qui a duré cinq minutes. Température : 36°8.

A 11 heures du soir autre crise. L'agitation est extrême. L'interne de garde, mandé, pratique une saignée de 150 gr. ; lavement au chloral, inhalations de chloroforme.

Le 16 février, à 8 heures du matin, la malade est encore dans le coma. A l'examen, la dilatation est complète. La rupture spontanée de la poche des eaux donne issue à du liquide amniotique fortement coloré par du méconium. Les bruits du cœur, assourdis, traduisent la souffrance du fœtus. Le travail n'avançant pas, M. le professeur Rouvier décide d'intervenir. Anesthésie au chloroforme. Application du forceps Tarnier sur une tête en O I G A.

Extraction d'un fœtus de 3 kil. 350.

La délivrance se fait spontanément 5 minutes après ; pas d'hémorragie. Injection intra-utérine au Tarnier.

Température à son entrée 15 février 36°8, à minuit 38° ; 16 février 38°, la malade est soumise au régime lacté absolu, le pouls : 120, tension artérielle 15°5 ; à 9 h. 1/2 après l'intervention on pratique le lavage de l'estomac à

l'eau bouillie, on retire un liquide bilieux, mêlé de glaires sanguinolentes, l'analyse des urines décèle un gramme d'albumine. Ingestion de 1 litre 1/2 de lait, injection de 250 gram. de sérum artificiel ; la tension artérielle est à 17.

A 11 heures du matin. — Le sommeil chloroformique ayant cessé, la femme reprend connaissance, elle peut même donner le nom à son enfant.

A 5 heures du soir. — L'état général est satisfaisant, la tension artérielle est à 17, les urines sont abondantes et spontanées.

17 février. — Pas de température. Pouls : 84 ; tension artérielle : 16.

18 février. — Mictions abondantes ; pas de température ; pouls à 80 ; état général très satisfaisant.

19 février. — L'analyse des urines n'a montré aucune trace d'albumine ; pouls : 84; tension artérielle 16,5.

20, 21, 22. — Le mieux s'accentue.

23. — L'accouchée a commencé le régime mixte ; l'état général est très bon ; T. A. 15,5 ; la miction est très abondante.

25 février. — La femme sort de l'hôpital complètement guérie.

Observation III

D. Marie..., âgée de 31 ans, entre à la Maternité, salle Dubois, le 10 novembre 1908 à 6 heures 1/2 du soir avec le diagnostic d'éclampsie. Elle avait déjà subi une sai-

gnée au bras droit. Cette malade a eu deux grossesses antécédentes, la première s'étant terminée au forceps.

A signaler comme antécédents pathologiques une fièvre typhoïde à 9 ans, une angine à 17 ans.

A son entrée on trouve une dilatation d'une pièce de 2 fr. ; elle accouche à 8 h. 45 d'un enfant (sexe féminin) en présentation du siège, pesant 2 kil. 550. A 9 heures 10 du soir elle accouche d'un second enfant du sexe masculin en présentation du sommet, pesant 2 kil. 950.

A son entrée à la salle de travail on a fait à l'accouchée deux lavages intestinaux. A 4 heures 1/2 du matin la femme a eu une crise qui dure 10 minutes, on refait deux lavages intestinaux. Température 37°.

11 novembre. — L'accouchée, vers 3 heures de l'après-midi, a été prise de troubles oculaires consistant en nuages et amblyopie. Depuis une quinzaine de jours déjà, elle se plaignait de céphalalgie intense. Des traces d'albumine avaient été déjà signalées le 10 novembre, date à laquelle fut faite une analyse d'urine motivée par l'œdème des jambes. Deux crises avaient été signalées avant l'entrée à l'hôpital. T. A. à 10 heures 30, 24,5 ; à midi 23,5 ; à 6 heures du soir 23,5.

Température anale à midi 38° ; à 4 heures 37°9 ; 6 heures 37°8 ; minuit 38°3.

Le 12 novembre. — Température 38°9. T. A. 21.

Du 11 au 12. — La malade a passé une nuit très agitée, elle a eu de la céphalalgie et a toussé beaucoup. On a fait trois lavages intestinaux.

13 novembre, à 7 heures du matin. Température 38. T. A. 19. On pratique à midi un lavage d'estomac suivi d'ingestion d'un litre 1/2 de lait et deux lavages intestinaux ; la femme paraît mieux, elle commence à s'inté-

ressser à tout ce qui l'entoure, elle demande à voir son enfant et son mari.

Urines abondantes. L'analyse d'urine montre 3 gr. 50 d'albumine. Pas de température.

15 novembre. — T. A. 16 ; le soir T. A. 17,2.

16 novembre. — T. A. 16,5. Albumine, trace.

Les suites évoluent très normalement vers la guérison. Elle sort le 28 complètement rétablie.

Observation IV

F... Joséphine, âgée de 25 ans, est une primipare.

Antécédents héréditaires. — Une de ses sœurs mourut de convulsions, huit jours après un accouchement aux fers.

Antécédents pathologiques. — A présenté de temps en temps depuis son enfance de l'œdème des membres inférieurs. Un mois après le début de sa grossesse, elle eut un érysipèle de la face, érysipèle qui laissa un œdème persistant.

Pendant les trois premiers mois, elle eut des vomissements fréquents ; à la fin du troisième survint un œdème des membres inférieurs et de la région sus-pubienne ; les urines examinées de temps en temps ne présentèrent jamais de l'albumine.

Cette femme venant de la ville entre au pavillon d'accouchements le 9 janvier 1906 (5 heures 1/2 du soir) pour inertie utérine. A l'interrogatoire on apprend qu'elle est en douleurs depuis 5 jours. A l'examen, dilatation

complète, poche des eaux rompue laissant s'écouler un liquide amniotique d'odeur fétide et mêlé de méconium, tête non engagée avec bosse séro-sanguine descendant dans l'excavation, présentation en O I G A. Anesthésie au chloroforme. Extraction difficile au forceps d'une tête volumineuse. Fœtus mort-né que tous les moyens employés (bains chauds, manœuvre de Schultze, respiration artificielle) ne peuvent ranimer. Délivrance artificielle, injection intra-utérine au Tarnier. Déchirure étendue du périnée. Points de suture. Après l'intervention la malade est un peu agitée, mais l'état général est bon. Température est à 37°. Le lendemain 10 janvier, l'état général est bon, l'état local satisfaisant. Le 11 janvier jusqu'à 4 heures de l'après-midi, il n'y eut pas de modification de l'état général ni de l'état local, la température restant normale. Mais il y a de la rétention d'urine et des selles diarrhéiques. Brusquement, à 5 heures, la malade est prise d'agitation et de délire maniaques. A cette agitation succèdent des convulsions toniques (elle est arquée sur son lit en opisthotonos), puis des convulsions cloniques. La scène dura 10 minutes, le coma suivit la crise convulsive.

Le 12 janvier, la malade est toujours dans le coma, présentant une résolution complète des membres et de la face sans paralysie localisée, et une respiration stertoreuse ; les conjonctives sont subictériques ; la température est plutôt basse 36°, le pouls, assez plein, bat à 120 et présente de temps en temps des irrégularités. Du côté de l'utérus, nous trouvons des lochies légèrement fétides, ce qui dénote un commencement de septicémie. Nous sondons la malade pour examiner les urines. Celles-ci sont abondantes, un peu plus foncées que d'habitude, peu chargées ; elles ne contiennent pas de ma-

tières colorantes du sang et ne présentent pas de traces d'albumine. M. le professeur Rouvier, insistant sur les caractères pathognomoniques des crises et sur la teinte subictérique des conjonctives, pose le diagnostic d'*éclampsie cholémique post partum*, et institue le traitement d'urgence. Nous pratiquons une saignée à gauche qui donne 125 grammes de sang, nous appliquons ensuite 21 sangsues à la cuisse gauche et une douzaine de ventouses scarifiées au niveau de la région hépatique. Injection de sérum artificiel (500 grammes), lavage de l'intestin. Vers 11 heures il y a une légère amélioration qui ne dure pas ; la malade est toujours dans le coma, la respiration est toujours bruyante et le pouls présente des irrégularités. T. A. 22. A 4 heures de l'après-midi, la partie paraît perdue et, en dépit de l'opposition de M. le professeur Rouvier, les parents emportent la malade. Celle-ci eut chez elle, vers 10 heures du soir, de nouvelles crises convulsives ; la scène dura dix minutes et se reproduisit une heure plus tard avec les mêmes caractères. Elle mourut à 11 heures du soir.

Observation V

B... (Jeanne), primipare, âgée de 18 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort de tuberculose, mère morte asthmatique ; deux sœurs bien portantes.

Antécédents pathologiques. — Rougeole.

Le 21 avril 1907, à une heure 1/2, la femme entre au pavillon d'accouchements de la salle Dubois. Elle était en pleine connaissance ; elle avait eu depuis 7 heures 1/2

du matin 6 accès d'éclampsie ; 15 jours avant son hospitalisation la malade avait consulté une sage-femme de la ville qui, ayant trouvé de l'albumine dans ses urines, lui avait ordonné un régime lacté exclusif. N'écoutant pas les conseils qui lui avaient été donnés, la malade avait continué à manger, comme à l'ordinaire, des conserves et aliments excessivement salés. M. le professeur Rouvier décide de terminer l'accouchement par une application de forceps en OP après anesthésie au chloroforme. On pratique la délivrance artificielle ; il se produit une légère hémorragie. On fait un lavage de l'estomac, on retire des détritus alimentaires ; puis un lavage de l'intestin. Aussitôt après ce dernier lavage 3 nouveaux accès surviennent à 6 h. 20, à 8 h. 50, à 9 h. 20. T. A. 7 h. 1/2, 17,5. On administre un lavement au chloral.

A 10 h. 15 et à 10 h. 40, deux nouveaux accès. On pratiqua une saignée à 10 h. 45. La tension artérielle après la saignée est de 16. A 11 h. 20 et à midi 35, deux nouveaux accès.

22 avril à 1 heure du matin, température 38°9, trois nouveaux accès surviennent ensuite ; la malade est dans le coma depuis l'accouchement. T. A., 16,5.

A 10 heures, on pratique une nouvelle saignée au bras droit qui donne 300 gr. de sang. T. A. avant la saignée, 21 ; après la saignée, 15,5.

11 heures. — Lavage d'estomac à l'eau alcaline. Ingestion d'un litre de lait. T. A., 17. Pouls à 130. Grande irrigation rectale à l'eau bouillie.

1 h. 1/2 du soir. — Pouls dur, tendu à 120. T. A., 15,5, temp. 38°7.

6 h. 20. — T. A., 19. Pouls à 120. Lavage d'estomac à l'eau bouillie. 300 gram. de sérum artificiel en lavement.

Temp. 38°3. Emission de 365 gr. d'urine foncée couleur chocolat.

23 avril 4 h. du matin. Pouls à 124. T. A., 18.

A 8 h. 1/2.—T. A., 15,5. Injection de 250 gr. de sérum artificiel. Emission de 500 gr. d'urine beaucoup plus claire.

10 heures. — T. A., 15. Lavage d'estomac. Ingestion de 1 litre 1/2 de lait. Grande irrigation intestinale à l'eau bouillie. T. A., 19,5 à 10 h. 1/2. Pouls à 100.

5 heures du soir.—T. A., 21. Temp. 38°7. La malade a eu à ce moment une crise constituée par des convulsions toniques de quelques secondes. Véritable débâcle intestinale.

6 heures soir. — Pouls à 130. T. A., 21,5.

24 avril. – Pouls à 88. Temp. 36°6. La malade a repris connaissance ce matin à 4 heures. Elle a demandé à aller à la selle.

10 heures du matin.—T. A., 16,5. Emission de 1000 gr. d'urine très claire.

11 heures du matin : Lavage d'estomac à l'eau alcaline, ingestion de 1 litre 1/2 de lait.

6 heures soir : Abondante émission d'urines. La malade cause intelligemment, se plaint de douleurs lombaires. Prend un peu de lait.

9 heures soir. — Potion au chloral. Température 36°8. Céphalalgie intense. De 9 heures à minuit, vives douleurs dans l'abdomen. L'urine ne présente aucune trace d'albumine.

25 avril. — Pouls à 88. La malade a pris 1/2 verre de lait. T. A. : 15,5. Selles et mictions abondantes ; température 37°7.

26 avril. — La malade est tout à fait calme et a pris

1 litre 1/2 de lait. Température 37°7. T. A. : 17,5. Selles normales.

27 avril. — Température 37°5. Pas d'albumine dans les urines. Maintien du régime lacté (3 litres). Amélioration notable. La malade est amenée dans la salle des accouchées.

28 avril. — L'état général est très satisfaisant ; le gonflement du visage et surtout des paupières a presque complètement disparu. Température normale, pouls à 88. T. A. : 16. Maintien du régime lacté exclusif.

29 avril. — Etat général satisfaisant, lucidité d'esprit complète. Plus d'œdème. Pas de température. Pouls à 88. T. A. : 16.

30 avril. — Etat général très satisfaisant.

1er mai. — Diarrhée profuse, la malade a pris 3 cachets de benzonaphtol. Les selles, très fréquentes, étaient constituées par un liquide jaune très fluide à odeur fétide. Température normale. T. A. : 15. La malade a pris du laudanum.

2 mai. — Diarrhée moins abondante. Pas d'albumine dans les urines. Maintien du régime lacté.

3 mai. — La diarrhée a cessé, l'état général est très satisfaisant. La femme est mise au régime mixte.

4 mai. - La malade a pris 6 cachets de benzo naphtol.

6 mai. — La femme est sortie hier 5 mai complètement rétablie.

Observation VI

Tessaadit bent Amar, 25 ans, primipare. Rien à signaler du côté des antécédents héréditaires et pathologiques.

La malade entre au pavillon d'accouchements de la salle Dubois, le 18 mars à 11 h. 30 du matin, venant de la ville. Elle était en douleurs depuis la veille et avait eu le matin même chez elle plusieurs attaques d'éclampsie ; depuis elle était dans le coma et c'est dans cet état qu'elle est entrée au pavillon de travail.

A l'examen l'abdomen est volumineux, fortement distendu par des gaz qui se relèvent à la percussion par une sonorité tympanique. La vessie, distendue par l'urine, arrive au voisinage de l'ombilic, la vulve est œdematiée; la pression du doigt détermine au niveau des crêtes iliaques des godets dus à l'infiltration œdémateuse des jambes.

Par la vulve s'écoule un liquide sanguinolent et fétide. Après l'évacuation de la vessie qui donne issue à une urine de couleur ressemblant à de la brique pilée, on fit une injection vaginale. Le toucher ne permet pas de reconnaître la position, la tête étant déformée par une énorme bosse séro-sanguine. Après anesthésie au chloroforme, en introduisant profondément la main, nous reconnûmes que la rotation était faite. Les bruits du cœur étant assourdis et à peine perceptibles nous faisons une application de forceps en O P et ramenons un enfant dont la tête est déformée en pain de sucre. La sortie du fœtus

est suivie d'un écoulement abondant de liquide amniotique transformé en une véritable purée verdâtre et fétide. Le cordon n'a plus de battements, l'enfant naît en état de mort apparente, il est ranimé au bout d'une heure.

La délivrance se fait spontanément 5 minutes après et est accompagnée d'une hémorragie assez abondante que l'on arrête assez facilement d'après les méthodes ordinaires (introduction de la main dans l'utérus, massage interne et externe, injection à la liqueur de Tarnier précédée et suivie d'une injection d'eau bouillie).

Légère déchirure du périnée qui ne put être réparée à cause de l'infiltration abondante des grandes lèvres.

Après le traitement obstétrical, on pratique un grand lavage de l'estomac à l'eau bouillie ; on retire un liquide bilieux mêlé de mucosités. On fait suivre ce lavage d'une ingestion d'un litre 1/2 de lait et de 2 grammes de chloral ; on fait une irrigation rectale abondante à l'eau bouillie avec une sonde de Nélaton. Le pouls est à 120, la tension artérielle est de 16. On fait une injection de 250 grammes de sérum artificiel.

La malade demeure dans le coma toute l'après-midi et ne reprend connaissance que le lendemain matin.

18 mars 5 heures du soir. — On fait un nouveau lavage d'estomac et une nouvelle irrigation rectale ; le cathétérisme de la vessie donne issue à une urine claire et qui ne renferme aucune trace d'albumine. Le pouls est à 135, la température est à 36°6. T. A. : 11.

19 mars. — Le matin la malade reprend connaissance ; à ce moment survient une véritable débâcle urinaire et intestinale. Lavage abondant de la région vulvaire souillée par les matières fécales. Injection vaginale à l'eau oxygénée. Grande irrigation rectale.

20 mars. — Etat général satisfaisant.

Cinq jours après, la malade quitte l'hôpital complètement rétablie.

Observation VII

R... (Charlotte), 19 ans, primipare, n'a aucune hérédité ni nerveuse ni éclamptique. Du côté des antécédents pathologiques une hernie inguinale depuis l'âge de 2 ans, et une syphilis secondaire en pleine évolution.

A son entrée dans le service (2 juin 1907, à 4 heures de l'après-midi), il existe un œdème très prononcé des membres inférieurs, œdème dont l'existence remonte à 20 jours. La quantité d'albumine trouvée dans les urines est de 3 grammes. La tension artérielle est de 17, température 38°6. La malade a eu trois crises avant son arrivée à l'hôpital. La quatrième crise eut lieu à 4 heures 10 suivie d'une cinquième à 4 heures 45.

Comme le travail ne semble pas avancer, M. Trabut fait une application de forceps en O P suivie de délivrance artificielle.

Après l'intervention, on pratique le lavage de l'estomac suivi de l'ingestion d'un litre de lait; grande irrigation intestinale suivie d'un lavement avec 4 grammes de chloral. La malade revient à elle, mais ne se souvient de rien.

6 heures du soir. — Température 38°7. T. A. 16. La malade dort tranquillement.

De 6 heures à minuit. — Sommeil profond, température 38°6. Miction d'urine très abondante.

De minuit à 6 heures du matin. — La malade se plaint de douleurs lombaires.

7 heures. — Température 37°6. Lavage vulvaire et injection vaginale. Céphalalgie. La quantité d'albumine est de 2 grammes.

8 heures. — Tension artérielle 16 ; à 10 heures du matin injection de 200 grammes de sérum artificiel.

5 heures soir. —T. A. 16,2 ; P. 95.

4 juin. — T. A. 16 ; P. 96. La langue est humide, la nuit a été calme, il n'y a pas eu de céphalée ; les pupilles, non contractées, réagissent bien à la lumière. 900 gr. d'urines foncées et très chargées. Selles abondantes.

5 juin. — La malade a transpiré pendant la nuit, qui a été très calme. T. A. 16 ; P. 95. La quantité d'albumine est de 1 gr.

A 5 heures du soir : P. 94 : T. A. 16. On fait un grand lavage intestinal suivi d'une injection de 300 gr. de sérum artificiel.

6 juin. — Nuit très calme. P. 89 ; T. A. 16,1. Langue légèrement saburrale.

7 juin. — P. 82 ; T. A. 16. Quantité d'albumine 0,25.

10 juin. — P. 80 ; T. A. 16. Traces d'albumine.

12 juin. — Purgation, selles abondantes. Bon état général.

3 jours après la malade quitte la salle complètement guérie.

Observation VIII

S... (Marie-Françoise), 28 ans, secondipare. Pas d'antécédents héréditaires ni pathologiques. Œdème généralisé ; le début de cet œdème remonte à deux mois. Les crises d'éclampsie avaient apparu le 14 juillet ; la malade a eu successivement deux crises convulsives d'un quart d'heure séparées par un intervalle d'une heure. Le jour de son entrée à l'hôpital (15 juillet), l'analyse des urines révéla 1 gramme d'albumine ; au moment de l'accouchement (18 juillet) on trouva 5 grammes.

La malade entre donc le 15 juillet vers midi dans un état presque comateux. La langue extrêmement tuméfiée fait saillie entre les arcades dentaires ; on y remarque de nombreuses morsures. On fait un lavage intestinal suivi d'un lavement au chloral :

Chloral	6	grammes
Lait	150	—
Jaune d'œuf	N° 1	

Le soir, la malade va mieux, elle est un peu éveillée et peut répondre à quelques questions.

16 juillet. — Le mieux s'accentue, la malade se réveille de plus en plus. Régime lacté absolu. Matin et soir, lavages intestinaux suivis de lavement au chloral :

Chloral.....	3	grammes
Lait	150	—
Jaune d'œuf	N° 1.	

La langue décongestionnée permet la déglutition et la parole. Pas de température. Pouls 110. T. A. 17.

18 juillet. — La malade expulse en quelques contractions un fœtus d'environ 7 mois 1/2 assez bien constitué mais qui meurt le lendemain matin. La malade continue à aller beaucoup mieux.

24 juillet. — L'œdème a presque disparu. Régime lacté absolu. Albumine 1 gr. 50.

26 juillet. — La malade complètement rétablie sort de l'hôpital.

CONCLUSIONS

L'éclampsie est une auto-intoxication gravidique liée à une dépuration insuffisante du sang par les organes éliminateurs.

Sa nature et sa cause nous sont encore inconnues ; ses conséquences sont des plus graves et pour la mère et pour le fœtus.

Le traitement préventif et curatif doit être avant tout antitoxique.

Le traitement préventif consiste dans l'administration absolue du lait.

Le traitement curatif vise à rétablir le fonctionnement du rein et du foie et à aseptiser l'intestin. On y arrivera par la saignée, les injections de sérum, et le lavage intestinal est stomacal.

Ce traitement ne comporte aucune modification ni aucune restriction de l'intervention obstétricale.

BIBLIOGRAPHIE

Auvard. — Traitement de l'éclampsie puerpérale, 1888.

Auvard et Daniel. — Traitement de l'éclampsie (Arch. de Gyn., 1896).

Bouffle de St-Blaise. — Lésions anatomiques que l'on trouve dans l'éclampsie puerpérale (Thèse Paris, 1891).

Brindeau. — Traitement de l'éclampsie puerpérale (Union méd., 1895).

Blot. — De l'albuminurie chez les femmes enceintes (Thèse Paris, 1849).

Bouchard. — Leçons sur les intoxications dans les maladies (Paris, 1882).

— Leçons sur les maladies par ralentissement de la nutrition. Leçons sur les auto-intoxications (Paris, 1889).

Bonnaire. — Traitement de l'éclampsie (Presse médicale, 14 août 1897).

Bernheim. — Traitement de l'éclampsie puerpérale en partie par les injections sous-cutanées d'eau salée (Thèse Paris, 1893).

Porak et Bernheim. — Des injections sous-cutanées d'eau salée employées comme diurétiques dans le traitement de l'éclampsie (Annales de la Société obstétricale de France, 1893).

Bar. — Tome III du Traité de l'art des accouchements de Tarnier et Budin (Paris, 1897).

Charpentier. — De l'influence des divers traitements sur les accès éclamptiques (Thèse d'agrégation, juillet 1872).

Friedmann. — Traitement de l'éclampsie avant l'accouchement (Thèse Kœnigsberg, 1897).

Gardener. — Éclampsie traitée par le chloral, le bromure et les inhalations de chloroforme, 1897.

Gibson. — Éclampsie puerpérale sans symptômes rénaux, saignée, guérison (Lancet, 24 octobre 1896).

Landouzy. — Les sérothérapies.

Lejars. — Le lavage du sang.

Mauriceau. — Maladies des femmes enceintes.

Maury. — Traitement de l'éclampsie puerpérale (Thèse Paris, 1903).

Muller. — Traitement de l'éclampsie des femmes enceintes (Corresp. Blatt, f. Schweitz Aerzte, 15 octob. 1895).

Pinard. — Bulletin de l'Académie de méd., 5 janvier 1893.

Paris. — Contribution à l'étude du traitement des accès d'éclampsie (Thèse Paris, 1901).

Ribemont-Dessaignes et Lepage. — Précis d'obstétrique.

Rayer. — Traité des maladies des reins et des altérations de la sécrétion urinaire, 1841.

Sauvages. — Eclampsia parturientium. In nosologia methodica sistens morborum classes (Lugduni, 1768).

Tarnier. — De l'efficacité du régime lacté dans l'albuminurie des femmes enceintes et de son indication comme traitement préventif de l'éclampsie (Ann. de Gyn., 1876).

Tarnier et Cazeaux. — Traité théorique et pratique de l'art des accouchements (7e édition. Paris, 1870).

Tarnier et Chambrelent. — Note relative à la recherche de la toxicité du sérum sanguin dans deux cas d'éclampsie (Société de Biologie, 27 février 1892).

— Recherches expérimentales sur la toxicité du sang des éclamptiques (Congrès de Bruxelles, sept. 1892).

— De la toxicité du sérum sanguin chez les femmes atteintes d'éclampsie puerpérale (Ann. de Gyn., nov. 1892).

Tarnier. — Traitement de l'éclampsie (Acad. de médecine, 1893).

Thomasson. — Prophylaxie et traitement de l'éclampsie puerpérale (Journ. american med. Assoc., 1er août 1896).

Thibone. — Rapport au Congrès de Rome (Ann. de Gyn., 1894).
Vanwelaers. — Eclampsie grave d'origine gastro-intestinale guérie par les injections hypodermiques d'eau salée.
Zweifel. — Traitement de l'éclampsie : 129 cas (Centralb. f. Gyn., 16 nov. 1895).

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 7 Mai 1909.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 7 Mai 1909.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU TRAITEMENT MÉDICAL

DE

L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE